

## QUESTIONARIO INFORMATIVO

SICUREZZA – OHSAS 18001

### 1. Anagrafica aziendale

Ragione sociale azienda:					
Via/Piazza:				n.	
CAP:		Comune:			Prov.
Tel.:			Fax:		
Sito Web:	www.		E -mail aziendale:		
Persona di riferimento:			Posizione in azienda:		
E-mail persona di riferimento:					
Partita IVA:					
Fatturato annuo (in migliaia di Euro)					
<input type="checkbox"/> da 0 a 250 <input type="checkbox"/> da 251 a 500 <input type="checkbox"/> da 501 a 2.500 <input type="checkbox"/> da 2.501 a 5.000 <input type="checkbox"/> da 5.001 a 10.000 <input type="checkbox"/> da 10.001 a 25.000 <input type="checkbox"/> oltre 25.000					

### 2. Attività aziendale

Settore economico	<input type="checkbox"/> Industria <input type="checkbox"/> Terziario <input type="checkbox"/> Artigianato				
Descrivete i prodotti, processi, servizi aziendali:					
Numero turni di lavoro		Con orario	Amministrazione	..... / .....	
			Produzione	..... / .....	
Oltre alla Sede principale avete altre sedi/stabilimenti/cantieri?				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Quante/i?					
Indicare l'indirizzo					

Il Vostro organico è composto da:	
1. Dirigenti	n. ....
2. Quadri	n. ....
3. Impiegati amministrativi	n. ....
4. Impiegati tecnici	n. ....
5. Operai	n. ....
6. Altro (indicare) _____	n. ....
<b>TOTALE</b>	n. ....
Indicativamente suddiviso in:	
1. Progettazione	n. ....
2. Commerciale/acquisti	n. ....
3. Produzione	n. ....
4. Qualità	n. ....
5. Sicurezza	n. ....
6. Amministrazione	n. ....
7. Altro .....	n. ....
<b>TOTALE</b>	n. ....
Le Vs. attività possono ricadere nell'ambito del Titolo IV del DLgs. 81/08 (Misure per la salute e sicurezza nei cantieri temporanei o mobili)?	
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

## 7. Adempimenti

Avete soddisfatto i seguenti adempimenti:	
Avete nominato il RSPP (Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<i>Data nomina:</i> _____	
Interno all'azienda?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Esterno all'azienda?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
L'RSPP è stato formato?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<i>Data formazione:</i> _____	
<i>Ore di formazione:</i> _____	
<i>Ente presso cui è stato svolto il corso:</i> _____	
Avete effettuato la Valutazione dei Rischi (DVR)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<i>Data del documento:</i> _____	
Avete effettuato la Valutazione del rischio stress e lavoro correlato?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<i>Data del documento:</i> _____	
Avete effettuato la Valutazione dei Rischi Interferenziali (DUVRI)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Avete eletto il RLS (Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<i>Data nomina:</i> _____	
L'RLS è stato formato?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<i>Data formazione:</i> _____	
<i>Ore di formazione:</i> _____	
<i>Ente presso cui è stato svolto il corso:</i> _____	
Avete nominato il Medico Competente?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Vengono svolte periodicamente le visite mediche?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>



L'Azienda ha già ottenuto il certificato?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Se sì, indicare data certificato:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Se no, a che punto è la pratica?</td> </tr> </table>		Se sì, indicare data certificato:	Se no, a che punto è la pratica?
Se sì, indicare data certificato:			
Se no, a che punto è la pratica?			

Elencare le principali attrezzature/macchine/mezzi impiegati in azienda		
Tipologia attrezzatura/macchina/mezzo	Utilizzo	N.

## 5. Servizi richiesti

Tipologia del servizio richiesto a Gesta ( <i>barrare solo le voci che interessano</i> ):		
Incarico del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Interventi di formazione ed informazione generica sulla Sicurezza al personale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Interventi di formazione ed informazione agli addetti alle emergenze	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Interventi di formazione ed informazione all'RLS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Interventi di formazione ed informazione al RSPP	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Elaborazione Documento di Valutazione dei Rischi (DVR)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Elaborazione Documento di Valutazione dei Rischi Stress e lavoro correlato	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Elaborazione del Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenziali (DUVRI)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Elaborazione del Piano di Emergenza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Certificazione OHSAS 18001:2007	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Modelli organizzativi gestionali (D. Lgs. 231/2001 e s.m. e i.)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Consulenza generale sulla sicurezza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Altro	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Se si è barrata la voce altro, descrivere:

Come avete avuto notizie su Gesta ?					
Data		Nome e posizione in azienda		Firma	

*Nel ringraziarVi per la collaborazione, siamo ad informarVi che i dati contenuti nel presente questionario informativo saranno utilizzati esclusivamente da Gesta Srl, Via Lunigiana, 265/275 – 19125 La Spezia, anche per motivi commerciali (D. Lgs. 196/2003) e che con una semplice comunicazione potrete modificarli o sospenderne l'utilizzo.*

A tal fine

concedo il consenso

nego il consenso

per l'utilizzo dei su citati dati.

Data .....

Firma .....

Spazio riservato a Gesta